

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PHLÉBITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
(PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CHARPENTIER

Né le 10 août 1878, à Cousance (Jura),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CHARPENTIER

Né le 10 août 1878, à Cousance (Jura),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	X...
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	LATARGET, ch..
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	BÉRIEL, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BREPIN, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT, ch...
TIKIEF	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président; J. LÉPINE, Assesseur,
MM. LESIEUR et BÉRIEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
Médecin des Hôpitaux

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont donné leur précieux enseignement.

Nous tenons tout d'abord à remercier M. le Dr Bériel, médecin des Hôpitaux, qui nous a inspiré le sujet de ce travail, et qui n'a ménagé ni son temps, ni sa peine pour le mener à bien.

M. le professeur agrégé Jean Lépine a toujours été pour nous le plus bienveillant des maîtres. Nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli, et pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous porter.

M. le professeur agrégé Lesieur, notre compatriote, a bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse ; qu'il reçoive ici nos bien sincères remerciements.

Merci aussi à M. le Dr Savy, qui a bien voulu

nous permettre de publier une de ses observations.

Nous remercions vivement M. le professeur Nicolas du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, à tous ceux qui nous ont témoigné de la sympathie et de l'intérêt, nous adressons nos sentiments de profonde reconnaissance.

R. C. 1909.

INTRODUCTION

Les inflammations veineuses au cours de la dothiéntérie peuvent être variables ; on a signalé des phlébites sur la plupart des veines de l'organisme : il nous suffirait de signaler les cas curieux qui ont été publiés de phlébite de la veine splénique (Vincent ¹) de phlébite de veines coronaires (Etienne ²). Mais les plus fréquentes de beaucoup sont les phlébites des gros troncs du membre inférieur, réalisant le tableau de *phlegmatia alba dolens*.

Ces phlébites sont bien connues, et il semble que leur étude soit épuisée. Il n'en est rien, et, en particulier, leur pathogénie prête encore à la discussion. Récemment, Morellet ³ a contribué à mettre en évidence quelques traits de son histoire pathogénique.

Il n'est peut-être pas superflu non plus d'attirer l'attention sur quelques particularités étiologiques et cliniques. Le récent travail de M. Bériel ⁴ basé sur la statistique de son service, à l'Hôpital des Typhiques, à la Croix-Rousse, a mis en lumière certaines

¹ Vincent, 2^e Congrès de Médecine interne, Bordeaux, 1895.

² Etienne, 3^e Congrès de Médecine interne, Nancy, 1896.

³ Morellet, thèse de Paris, 1908.

⁴ Bériel, Société nationale de Médecine de Lyon, 20 décembre 1909.

de ces particularités. Nous y avons fait de larges emprunts.

En nous basant surtout sur ses observations cliniques que nous publions plus loin, nous nous sommes efforcé surtout de rechercher, avec lui, quelle était la fréquence de cette complication, sous quelles influences elle pouvait survenir, enfin quels étaient ses signes de début. Au reste cette étude présente l'intérêt d'être basée sur des observations recueillies consécutivement au cours d'une même année, dans le même service, et par le même observateur ; en un mot, constituant une série.

A l'occasion de ces observations, nous présenterons un exposé rapide de la phlegmatia des typhiques, en nous limitant surtout à la partie clinique. Une des observations que nous rapportons a été suivie de mort. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite ; on n'a donc pu pratiquer aucune recherche anatomique. C'est une des raisons qui font que nous n'avons pu poursuivre nos recherches du côté de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, quels que puissent être les côtés intéressants de cette étude.

Enfin, la thrombose des typhiques présente un grand intérêt thérapeutique. Méthodiquement soignée, elle ne doit laisser aucune trace dans la plupart des cas. Aussi en exposerons-nous le traitement tel que nous le concevons, et tel qu'il est appliqué au Pavillon des typhiques, à l'Hôpital de la Croix-Rousse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PHLÉBITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
(PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS)

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Fréquence. — La fréquence de la phlébite des typhiques est très diversement appréciée par les auteurs.

*MM. Tripier et Bouveret*¹ la considèrent comme rare. Ils écrivent : « L'œdème de la phlegmatia doit être tout à fait exceptionnel. Nous ne l'avons rencontrée que deux fois.

*M. Rondet*² l'a vue une fois seulement, sur un total de 68 malades ; il s'agissait d'un cas de phlébite chez un homme porteur de varices.

Cependant la plupart des auteurs la donnent comme une complication assez fréquente ; il n'est pas de cliniciens qui n'en ait observé, les uns beaucoup, les autres un petit nombre.

¹ Tripier et Bouveret, *la Fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, 1886, p. 373. Un cas est rapporté en détail avec autopsie, p. 374.

² Cité par Tripier et Bouveret, p. 606.

La statistique de Vincent portant sur 340 cas, fournit le chiffre de 8,23 pour 100. M. Bériel accuse une proportion de 8 pour 100.

Mais, ainsi qu'il le fait remarquer, ce chiffre n'est pas valable d'une manière absolue.

Il existe un fait certain, c'est que la fréquence de la phlébite est très variable suivant les épidémies, comme d'ailleurs toutes les autres complications. Ainsi, pour rester dans les limites de notre statistique, nous rappellerons que M. Bériel, dans sa communication à la Société Nationale de Médecine de Lyon, accusait à côté de ces huit cas de phlébite, et toujours sur la même quantité de fièvres typhoïdes (cent) une proportion encore plus grande d'hémorragies intestinales, et, au contraire, aucun cas de perforation. Il est donc manifeste que la constitution épidémique joue un rôle dans le déterminisme des complications. Nous devons ajouter toutefois que notre statistique porte uniquement sur des malades femmes, mais ce fait ne doit pas nous faire penser que la phlébite soit particulièrement fréquente à l'Hôpital de la Croix-Rousse, chez les typhiques femmes, puisqu'au contraire la plupart des auteurs ont signalé sa plus grande fréquence dans le sexe masculin.

Une démonstration des variations de fréquence suivant les épidémies est donnée par l'étude de l'épidémie de l'Arbresle en 1907. Cette épidémie comprend 270 malades; M. Girard, dans sa relation, ne signale *aucun cas* de phlébite. Ces faits expliquent donc pourquoi la phlegmatia des typhiques est si diversement appréciée par les auteurs.

Age des malades. — Les malades dont nous rapportons les observations étaient âgés respectivement de 15, 17, 24, 28, 29, 30, 30, et 49 ans. On ne peut donc en tirer aucune conclusion pour l'apparition de cette complication. L'âge de nos malades est plutôt compris dans les âges moyens, mais il faut tenir compte que dans un service de typhiques la majorité des malades sont en effet dans la jeunesse ou dans la période moyenne de la vie, les typhiques âgés constituant l'exception.

Caractères de la fièvre typhoïde compliquée de phlébite. — Il est intéressant de chercher si les fièvres typhoïdes qui se compliquent de phlébite ont des caractères particuliers, ou tout au moins si ce sont plutôt *les fièvres graves* ou *les fièvres légères* qui doivent faire redouter cette complication.

De l'examen de nos cas, aussi bien que de l'examen des cas antérieurement publiés, il semble bien ressortir que les fièvres typhoïdes graves aussi bien que les formes moyennes et que les formes bénignes peuvent se compliquer de phlébite. C'est ainsi que trois de nos cas concernaient les formes graves : l'une de ces malades vit son affection se terminer par la mort, non du fait de la phlébite, mais par la gravité de l'infection, et par des complications multiples. Quatre autres cas concernent les formes moyennes et enfin une des formes plutôt bénignes. Nous devons dire cependant que nous n'avons pas observé la phlébite dans les formes abortives.

La présence de *complications pulmonaires* est-elle

fréquente chez les sujets qui vont présenter de la phlébite? Il serait intéressant de résoudre cette question. Il est bien certain que ce ne sont pas les complications pulmonaires qui prédisposent à l'inflammation des veines, mais il est possible que certaines complications pulmonaires, chez les typhiques, ne soient que l'expression de phlébites veineuses latentes se manifestant seulement plus ou moins longtemps après, par l'apparition de la phlegmatia. La question en réalité serait celle-ci : la phlébite veineuse chez les typhiques donne-t-elle fréquemment lieu, avant de devenir apparente, à des complications pulmonaires qui pourraient mettre en garde le clinicien? Une de nos observations présente des signes d'infarctus pulmonaires avant l'apparition de la phlébite, et de pareils faits ont été signalés à propos de la phlébite des accouchées? nous les discuterons à propos des complications de la phlébite.

L'existence d'escarres chez les typhiques qui prennent des phlébites est-elle constante? Ici encore il y a une certaine fréquence, mais non pas une constance absolue. Plusieurs des malades dont nous rapportons l'histoire présentaient des solutions de continuité du revêtement cutané, mais toutes n'en présentaient pas.

Enfin la phlébite survient-elle particulièrement chez les typhiques anémiques ou affaiblis, quelle que soit la forme de la maladie? C'était là l'opinion de Griesinger qui écrivait en parlant de la fièvre typhoïde : « Les coagulations veineuses dans la veine crurale et dans la poplitée, très rarement dans les veines du

membre supérieur, se forment surtout chez les individus anémiques, affaiblis, avec dépression considérable du cœur¹. »

Ce fait ne découle pas de nos observations : une des malades (obs. VIII) était très cachectique, bien que sa fièvre ne fût pas de haute gravité ; par contre, les autres étaient dans un bon état de santé. Enfin doit-on faire intervenir dans l'apparition de la phlébite le *mode de traitement employé* ? Dans le service d'isolement où ont été prises nos observations, la thérapeutique par les bains froids est toujours appliquée, et en particulier les huit phlegmatias dont nous rapportons l'histoire avaient toutes été baignées (obs. I, 143 bains ; II, 31 bains ; III, 28 bains ; IV, 9 bains ; V, 18 bains ; VI, 162 bains ; VII, 6 bains ; VIII, 44 bains).

Si l'on peut accuser les bains, parfois, dans l'apparition de quelques phénomènes comme les douleurs des pieds, nous ne pouvons admettre qu'on rende responsable la balnéothérapie de la complication phlébitique. Au contraire, cette thérapeutique doit la rendre plus rare, en atténuant les phénomènes infectieux. Au reste, il suffirait de consulter l'ouvrage de MM. Tripier et Bouveret qui vise au traitement par la méthode de Brand rigoureuse ; ces auteurs n'ont cependant qu'exceptionnellement constaté la phlébite.

Etat antérieur du sujet. — Les affections, les infirmités antérieures des sujets atteints de fièvre typhoïde peuvent-elles prédisposer à l'apparition de cette

¹ Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*. Traduct. Lemaitre, Paris 1868, p. 284.

complication, et la faire redouter? Notre conclusion est absolument négative sur ce point. Ainsi aucune des malades ne présentait de varices, bien que ce soit là une affection assez répandue.

De même la grossesse, la puerpéralité, les lésions du petit bassin, ne paraissent pas prédisposer à l'apparition de la phlébite : aucune des malades ayant présenté cette complication ne se trouvait dans un des états que nous venons de rapporter, tandis qu'un certain nombre d'autres typhiques, soignées dans le même service, et n'ayant pas eu de phlébite, étaient récemment accouchées, ou enceintes du quatrième au huitième mois, ou encore portaient des lésions des annexes.

Quant à l'état du cœur, chez aucune de nos malades il n'y avait de cardiopathies préexistantes. Dans une des observations, on trouve des complications cardiaques, de la fièvre typhoïde elle-même (obs. VII), mais dans presque toutes l'état du cœur était très bon.

En résumé, ces considérations touchant l'étiologie, nous donnent à penser que la phlébite peut apparaître au cours de toutes les fièvres typhoïdes, sans que rien ne paraisse prédisposer à son apparition.

Date d'apparition. — La plupart des auteurs qui ont traité incidemment ou complètement la question de la phlegmatia des typhiques, la donnent surtout comme fréquente dans la convalescence ; récemment encore, Morellet insiste sur sa fréquence plus grande à ce moment. L'examen de nos observations nous oblige à nous inscrire en faux contre cette affirmation, et

nous gardons au contraire l'impression que la phlébite, pour n'être pas une complication du début, est cependant une complication qui n'attend pas la période de convalescence. Sur 8 cas, 3 sont survenus en pleine fièvre : dans ces cas, les malades étaient déjà à une période avancée, c'était vers la fin de la troisième semaine, mais leur courbe thermique n'avait encore subi aucune descente. Trois autres cas se sont produits un peu plus tard, au moment où la température avait déjà baissé et oscillait entre 38 et 38°5, encore sommes-nous ici dans la période fébrile. 2 cas seulement se sont produits au moment de la convalescence, mais encore tout à fait au début : dans un de ces cas, la température n'était pas encore tombée à la normale, et dans l'autre l'apyrexie datait de 6 jours.

Sur les 8 malades, 2 prenaient encore des bains et l'on dut les supprimer ; chez une autre, les bains n'avaient été supprimés qu'en raison d'hémorragies intestinales ; les autres avaient pris leurs derniers bains, respectivement 2, 3, 3, 4 et 12 jours avant l'apparition de la phlébite.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la phlébite des typhiques a suivi trois phases bien distinctes :

Dans la première phase, cette affection a connu la même pathogénie que toutes les autres phlébites ; à cette période on faisait intervenir surtout les modifications dans l'état du sang, l'état cachectique, l'affaiblissement du cœur : la phlébite n'était pas encore connue comme étant de nature infectieuse.

Après la connaissance de la nature infectieuse des phlébites démontrée tout d'abord par la phlébite des accouchées, la fièvre typhoïde a bénéficié avec raison des connaissances nouvelles touchant l'inflammation des veines ; et personne aujourd'hui ne doute de la nature inflammatoire et infectieuse des phlegmatia. Mais dans cette deuxième phase la phlébite des typhiques est considérée comme une complication, due à l'introduction et à la fixation dans la veine, de microbes non spécifiques. Cette théorie paraissait avoir reçu des arguments solides par les travaux de Vincent. Cet auteur avait présenté au deuxième Congrès de médecine interne à Bordeaux, en 1895, une étude sur la bactériologie des phlébites de la fièvre typhoïde. Ayant eu 4 cas de morts, il avait pu étudier histologi-

quement et bactériologiquement le caillot. Il y avait toujours retrouvé le staphylocoque, et l'avait trouvé aussi dans le sang à la période fébrile du début de la phlébite. Il présentait une de ces observations comme particulièrement probante : dans ce cas, la mort était survenue chez le typhique par streptococcie, et l'on avait retrouvé du streptocoque dans tous les organes sauf dans le caillot qui contenait uniquement du staphylocoque. Vincent considérait donc le staphylocoque comme l'agent de prédilection de la thrombose veineuse.

A notre époque, nous sommes dans une troisième phase, et nous avons tendance à considérer la phlébite des typhiques comme due au bacille de la fièvre typhoïde elle-même. Les arguments de cette manière de voir sont développés particulièrement dans la thèse de Morellet, élève de M. Widal. Il critique les recherches de Vincent. En effet, les expériences de cet auteur sont sujettes à caution, particulièrement parce que ces cultures du sang, qui lui ont donné du staphylocoque, n'ont pas été faites avec les précautions nécessaires que l'on doit employer lorsqu'on recherche le bacille de la fièvre typhoïde : la quantité de sang qu'il utilisait pour faire ces cultures n'était pas suffisante : on sait qu'il en faut une certaine quantité pour mettre en évidence le bacille typhique. Au contraire, des examens faits sur le vivant et rapportés dans la thèse de Morellet, montrent que, au moins dans quelques cas, le bacille typhique présente une recrudescence dans le sang au moment de la phlébite. Dans une observation de phlébite à répétition, le bacille se montrait dans le sang sous forme de poussées successives, irrégulières,

correspondant à l'invasion des nouvelles phlébites. Dans les cas extrêmes, ces formes prennent un aspect pseudo-pyohémique. (Comparez notre obs. VII.) D'autre part, on sait depuis une dizaine d'années que l'on peut reproduire expérimentalement des phlébites avec la toxiné typhique (Lépine et Lyonnet 1897). Enfin, Haushalter a rapporté une autopsie dans laquelle la présence du bacille a pu être constatée : c'est d'ailleurs un cas unique, mais il en existe de nombreux pour les inflammations artérielles, et on peut y voir, en raisonnant par analogie une probabilité en faveur de l'origine spécifique des phlébites typhiques.

Nous ne pouvons prendre parti dans le débat pathogénique, mais nous devons cependant signaler notre observation VII. Elle se rapproche par plusieurs points de celle que Morellet a rapportée sous le nom de formes pseudo-pyohémiques. Frissons fréquents, localisations infectieuses multiples. Dans ce cas, un examen bactériologique a été fait dans le pus d'une parotidite et il a montré l'absence du bacille d'Eberth et, au contraire, la présence d'autres bacilles. Il y a donc beaucoup de probabilité dans ce cas en faveur de la nature non-éberthienne des complications et il nous porte à penser que si la phlegmatia des typhiques est souvent due au bacille d'Eberth, elle peut dans d'autres cas peut-être relever d'infections surajoutées.

Nous signalerons pour mémoire, à propos de la pathogénie, les travaux de M. Chantemesse¹, qui fait

¹ Chantemesse, la *Phlegmatia alba dolens* des typhoïdiques et le régime hypochlorurique (*Académie des sciences*, 28 juillet 1903).

intervenir le rôle du sel dans l'apparition des phlébites (thèse de Fauchaux, 1905).

Siège de la phlébite. — La phlébite des typiques est, dans l'immense majorité des cas, unilatérale. M. Bériel observe la bilatéralité 2 fois sur 8 cas, Vincent 2 fois sur 28. La bilatéralité paraît toujours être secondaire, c'est-à-dire passe par une première phase dans laquelle la phlegmatia est unilatérale.

Un fait extrêmement remarquable est la prédilection pour le côté gauche. L'étude des cas rapportés par Vincent montre que, sur 21 cas de phlébite simple, la maladie siégeait 15 fois à gauche, soit 71,4 pour 100; Veillard donne 43 cas à gauche sur 70, soit 61,4 pour 100. M. Bériel l'a toujours observée à gauche : 6 cas sur 8, les 2 autres cas concernant une phlegmatia double.

Nous avons cherché vainement une explication de ce fait; aucun auteur, à notre avis, n'en a donné la raison ou du moins les raisons qui en ont été proposées, soit pour les phlébites de l'appendicite, soit pour la phlegmatia en général, ne nous paraissent pas applicables à nos cas. Nous concluerons donc comme Morrellet que c'est un fait qui reste, à l'heure actuelle, inexpliqué.

Quant au siège de la phlegmatia par rapport aux segments veineux, il paraît être plus fréquent au niveau de la crurale, puis de la poplitée.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES

Début. — Le début de la phlébite typhique est variable et, suivant les auteurs, souvent insidieux. Il nous semble, au contraire, que ce début est toujours marqué par des douleurs assez vives qui sont le premier symptôme et attirent toujours l'attention et du malade et du médecin. Ces douleurs, qui ont pour siège soit le mollet, soit la face antérieure et externe de la cuisse, soit quelquefois le pied, se produisent avant l'apparition de l'œdème. Ces douleurs prémonitoires, qui correspondent à la période dite préoblitérante, sont bien connues dans les phlébites analogues, mais nous devons insister sur leur précocité souvent très remarquable; dans une de nos observations, elles se sont produites dix jours avant l'apparition d'aucun phénomène appréciable à l'examen objectif. Dans les autres cas, elles se sont produites : dans 2 cas, la veille; dans 2 cas, deux jours avant; dans 1 cas, trois jours. Dans le dernier cas, leur apparition n'a pas été notée, l'attention étant attirée du côté d'autres complications graves. Il est certain qu'elles correspondent à une phase d'inflammation pariétale et il est même probable que, chez quelques sujets, cette inflammation

pariétale n'est pas suivie de l'oblitération veineuse et que ces douleurs ne sont pas attribuées à leur véritable cause : phlébite latente.

Les caractères de cette douleur sont assez vagues, indépendamment de son siège. C'est généralement une sensation de brûlure, avec souvent des lancées qui remontent de l'extrémité à la racine du membre. Elles sont, dès cette période, exagérées ou provoquées par les mouvements, le poids des couvertures.

L'œdème apparaît, mais il ne débute pas toujours au même point. Souvent c'est le mollet qui est atteint le premier, plus rarement la cuisse; on ne constate pas au début de l'œdème vrai, se marquant au doigt, mais le segment de membre paraît augmenté de volume, élargi.

A ces signes de début s'ajoutent des indications thermométriques. Il n'est pas très fréquent que la température subisse une élévation dès le début des douleurs. Cette élévation, qui peut être appréciable lorsque les malades sont au déclin de leur fièvre ou dans la convalescence, n'est pas constante et n'est pas sensible sur la courbe des sujets qui sont en pleine période fébrile. C'est, en tout cas, rarement elle qui attire l'attention.

Enfin, il existe un symptôme de début qui n'est peut-être pas absolument constant, mais qui est assez fréquent : c'est l'apparition de frissons.

Période d'état. — Pendant la période d'état, les signes principaux sont la douleur et l'œdème.

La douleur est généralement très atténuée; c'est

plutôt une sensation de tension qu'une véritable douleur et, le plus souvent, le sommeil est bien conservé. Mais des douleurs vives surviendraient si l'on mobilisait les différents segments du membre.

L'œdème est généralement assez intense; c'est un œdème tendu, souvent rosé, avec dilatation des veines superficielles; son siège et son étendue sont variables; la phlébite typhique occupant le plus souvent la veine crurale, l'œdème est étendu aux trois segments du membre; mais, d'autres fois, il peut occuper seulement le pied et le mollet.

La palpation permet de déceler parfois sous cet œdème le cordon dur et douloureux formé par la veine oblitérée; on sait avec quelle douceur il faut pratiquer cette exploration lorsqu'elle est indispensable, ce qui est bien rarement le cas.

L'état de la température varie naturellement suivant l'époque de l'apparition de la phlébite: quand elle survient dans une période où la température était abaissée, elle peut donner lieu généralement pendant quelques jours à de petites élévations thermométriques qui cèdent assez rapidement.

Comme on le voit, il s'agit là du tableau de la phlébite comme on peut l'observer aussi dans la tuberculose, chez les accouchées, etc.; aussi, n'insisterons-nous pas sur les symptômes de détail tels que l'hydarthrose du genou, la déformation du pied, etc.

Durée. — Il est difficile d'évaluer la durée de la phlébite des typhiques, parce que celle-ci dépend en grande partie du traitement employé: cependant il

semble que la phlébite ait une tendance spontanée à régresser d'elle-même au bout de huit à quinze jours. Mais elle peut présenter des complications.

Complications. — La complication qui est le plus à redouter est la *mobilisation du caillot*. Il semble que les cas en soient *très rares* : cependant ils existent, nous n'en voudrions pour preuve que celui qui est rapporté par Griesinger ¹.

La *suppuration* doit s'observer exceptionnellement : MM. Lyonnet, Durand et Chèze² en ont rapporté récemment un bel exemple, à titre de rareté.

Le *passage à l'état chronique* doit être aussi tout à fait exceptionnel ; nous signalerons le cas curieux rapporté par Schwartz³ en 1901. Il s'agissait d'un jeune homme ayant eu plusieurs années auparavant une fièvre typhoïde compliquée de phlébite double. Il présentait depuis de grosses veines dilatées sur le membre inférieur droit, et l'auteur diagnostiqua une oblitération chronique de la veine iliaque droite.

Comme autre complication, on doit signaler *les récidives* : ici encore les cas doivent être très rares. Nous renvoyons à celui que nous avons déjà indiqué plus haut et qui est rapporté par Morellet.

Enfin, il est une complication sur laquelle les auteurs ne paraissent pas avoir insisté, c'est l'association avec

¹ Griesinger, *loc. cit.*

² Lyonnet, Durand et Chèze, *Soc. de Sc. méd. de Lyon*, 19 décembre 1906.

³ Schwartz, *Société impériale et royale de médecine de Vienne*, 29 mars 1901. *Semaine médicale* 1901, p. 110.

les *névrites*. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de phénomènes de la phlébite soient dus à l'inflammation des nerfs, mais on peut observer une association avec des symptômes de névrite vraie. Dans un des cas que nous rapportons, on observa des troubles objectifs et subjectifs de la sensibilité, des phénomènes trophiques réalisant le tableau de la névrite. D'ailleurs, il n'y a rien là qui doive nous surprendre : la névrite des membres inférieurs n'est pas rare au cours de la fièvre typhoïde et son apparition doit être favorisée par l'inflammation des gros troncs veineux voisins des nerfs.

La question des *complications pulmonaires*, indépendamment de la mort rapide par grosse embolie, est importante. Dans quelques cas, on peut observer dès infarctus du poumon avec crachats sanglants, apparition de râles pneumoniques, etc.

Nous en rapportons une observation. Mais nous devons dire que dans ce cas la production des accidents pulmonaires était favorisée par l'existence des complications pulmonaires antérieures, par l'existence d'escarres et il n'est pas bien certain que, dans un cas comme celui-ci, la complication ne se soit pas produite, alors même qu'il n'y aurait pas eu de phlébite.

Peut-il exister des infarctus pulmonaires par phlébite, alors que la phlébite n'est pas encore apparente à l'examen objectif? On sait que ce cas est fréquemment réalisé chez les accouchées, et beaucoup d'accoucheurs prédisent la phlegmatia lorsqu'ils voient survenir des phénomènes pulmonaires attribuables à un infarctus. Morellet, dans sa thèse, signale qu'on n'a pas publié de

cas analogue dans la phlébite des typhiques. Notre observation VII en est un bel exemple. La malade présentait plusieurs jours avant l'apparition de la phlébite, un point de côté très violent avec des phénomènes ayant fait porter le diagnostic d'infarctus pulmonaire. Mais il ne s'agit peut-être là que d'une coïncidence, parce que l'on observe communément des infarctus du poumon chez les typhiques sans que l'on voie dans la suite évoluer une thrombose veineuse des membres, ou sans que l'on trouve de trace de phlébite à l'autopsie.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

De l'examen de nos observations, nous garderons donc l'impression que la phlébite peut faire l'objet de quelques complications mais qu'en général elle est elle-même une complication bénigne. C'est une complication bénigne pour le pronostic général de la maladie : le cas que nous rapportons et qui s'est terminé par la mort ne doit pas sa gravité à la phlébite elle-même : elle n'apparaît ici que comme l'une des expressions de l'intensité de la maladie chez ce sujet.

C'est aussi une complication bénigne par elle-même, parce qu'elle doit guérir complètement. Elle oblige seulement les malades à une prolongation de soins.

La phlegmatia des typhiques présente-t-elle une gravité en rapport avec la gravité de la maladie dont le sujet est atteint ? Il semble qu'il n'y ait là aucun parallélisme. Il existe des fièvres typhoïdes assez fortes dans lesquelles la phlébite est légère (obs. VIII). Au contraire, on peut voir des thromboses de longue durée dans des fièvres bénignes (obs. IV). Cependant, dans les formes très graves, très infectieuses, la phlébite paraît plus souvent double et de plus longue durée (obs. I et VII).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic doit être fait de bonne heure, parce que dès le début, peuvent se produire des phénomènes d'embolie, et que si l'on veut conserver un pronostic bénin à la phlébite, il faut l'immobiliser de bonne heure.

L'examen critique que nous avons fait des conditions étiologiques ne nous permet pas de prévenir la phlébite dans le cours de la fièvre typhoïde : il nous est impossible de prévoir que tel ou tel sujet sera ou ne sera pas atteint de phlébite. C'est seulement lorsque paraissent les premiers symptômes que l'on peut chercher à faire un diagnostic précoce. A ce sujet, nous insistons particulièrement sur les douleurs. Tout malade qui présente des douleurs vives dans les mollets ou dans la cuisse, *d'un seul côté* doit être, *a priori*, suspect. On s'efforcera donc dès ce moment d'observer s'il existe une douleur provoquée par une pression délicate des gros troncs veineux ; on cherchera soit par le simple examen, soit par la mensuration à dépister une augmentation de volume de l'un des segments du membre ; par la palpation, en évitant toujours une exploration brutale, on cherchera à apprécier une augmentation de

tension des masses du mollet ou de la cuisse. En tout cas, on se gardera d'éliminer la phlébite si des phénomènes objectifs n'apparaissent pas rapidement après les phénomènes douloureux : on se rappellera que la phlegmatia peut ne devenir apparente que plusieurs jours et quelquefois plus d'une semaine après le début des douleurs.

Une fois la phlébite constituée les signes bien connus permettront d'en faire le diagnostic.

Soit au début, soit pendant la période d'état, le diagnostic devra être fait avec un certain nombre de complications douloureuses siégeant sur les membres inférieurs. Il faut penser particulièrement aux névrites, à l'artérite.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les symptômes de ces affections qui permettent d'en faire le diagnostic. On sait particulièrement que dans les névrites la douleur est souvent plus superficielle et s'accompagne généralement de troubles objectifs de la sensibilité. Enfin, la névrite est généralement bilatérale et, dans la période où la phlébite pourrait être confondue avec elle, c'est-à-dire dans la période de début, elle est toujours unilatérale alors même qu'elle devrait être double plus tard. Du reste, les douleurs de la névrite siègent plutôt à l'extrémité du membre.

L'artérite pourrait être confondue, même dans la période d'état, avec la phlébite, mais elle présente des signes du côté des artères, du refroidissement, etc., qu'on n'observe pas dans la phlébite.

Il faut penser enfin aux affections articulaires : ainsi les douleurs articulaires au niveau de la hanche pour-

raient au début être prises pour des douleurs de phlébite; non seulement les arthrites véritables peuvent prêter à la confusion au moins au début, mais des arthralgies que l'on observe quelquefois à la suite des injections de sérum. L'exploration attentive, mais toujours délicate, des articulations, permettra aisément de distinguer ces affections.

Traitement. — Une première question se pose en présence d'une phlébite typhique, c'est celle de savoir si l'apparition de la phlébite doit modifier le traitement général de la fièvre typhoïde. Les auteurs en général n'envisagent pas ce fait, parce qu'ils ont décrit surtout la phlébite de la convalescence; mais il est certain que l'inflammation veineuse survenant dans la période d'état de la fièvre typhoïde doit modifier la thérapeutique. Dans trois de nos observations, il s'agissait de malades baignés et les bains durent être suspendus. Il est évident que, en pareil cas, la suspension des bains s'impose aussitôt que le diagnostic de phlébite est porté, ou même que cette complication est soupçonnée.

Le traitement de la phlébite proprement dite est commun à toutes les phlébites analogues; il comporte deux parties, le traitement par l'immobilisation suivie de massage, et la déchloration.

Cette dernière méthode a été appliquée à la phlébite typhique par M. Chantemesse, et elle lui aurait donné de bons résultats. Elle nous paraît inutile dans la plupart des cas, et nous nous bornerons à décrire le traitement qui est appliqué communément dans le service de M. Bériel, au pavillon des typhiques, à l'hôpital de

la Croix-Rousse ; et qui est basé sur les principes exposés par M. Vaquez¹.

L'immobilisation est la première étape du traitement ; elle doit être complète et peut se faire simplement par la mise en gouttière du membre ; la chute du pied en dehors, qui est si fréquente, peut être évitée par l'application d'un petit étrier qui est attaché soit à la gouttière qui immobilise le membre, soit à l'arceau, qui est destiné à empêcher le poids des couvertures. Cette immobilisation peut être accompagnée d'application de pommades, mais celles-ci ne paraissent pas indispensables. Dans le cas de douleur intense on se trouve quelquefois bien de l'application d'onguent belladonné que l'on placera de préférence sur le dos du pied. Les analgésiques internes peuvent être employés, mais il ne semble pas qu'on doive souvent avoir recours à la piqûre de morphine qui, d'ailleurs serait sans inconvénient. L'immobilisation doit durer un certain temps, elle doit être complète pendant une période qui varie généralement de vingt à vingt-cinq jours au minimum. La durée de cette période est basée sur l'examen de la température, qui doit être prise au moins deux fois par jour, sur l'examen du membre malade, et sur l'état des douleurs.

Lorsque depuis quinze à vingt jours la température s'est montrée normale, les douleurs spontanées absentes et que l'exploration des gros troncs n'est plus douloureuse, on peut arriver à la seconde étape, qui est celle du massage. Mais il faut préciser les termes ci-

¹ Vaquez, *Semaine médicale*, 1905, p. 349.

dessus. Par température normale, nous entendons non seulement une absence de fièvre, mais même une température dont les oscillations sont régulières et correspondent à celles qu'on observe dans l'état de santé ; nous entendons par douleur spontanée toute douleur qui survient indépendamment des mouvements et des influences extérieures, car pendant longtemps les petits mouvements auxquels le membre peut être soumis involontairement ou accidentellement sont douloureux. Enfin nous disons quinze à vingt jours, parce que ce laps de temps de vingt jours peut être ramené à quinze et peut-être à moins dans les cas où la phlébite a été légère, et particulièrement dans les cas où elle a intéressé des veines moins volumineuses (poplitée).

C'est à ce moment qu'est pratiqué le massage. Pendant *une semaine* on se contente de faire l'effleurage, en utilisant la poudre de talc ; naturellement ces manœuvres doivent être très légères les premiers jours, puis un peu plus accentuées à mesure que la semaine s'écoule. Pendant la *semaine suivante* on fait un véritable massage, mais ce massage doit être encore progressif ; on commence aussi à mobiliser les petites articulations du pied.

Le massage peut devenir plus profond et intéresser les masses musculaires, mais en évitant la région des gros troncs veineux pendant la *troisième semaine*. On fait aussi, pendant cette période, quelques mouvements passifs du genou et de la cuisse, mais c'est seulement à la fin de cette troisième semaine que les malades sont autorisés à s'asseoir sur leur lit. Pendant tout ce

temps le membre, dans l'intervalle, doit rester immobile. C'est seulement dans la dernière semaine que l'on autorise quelques mouvements de flexion du genou et du pied, puis de la cuisse.

Au delà de ces vingt et un jours, les sujets commencent à se lever, bien entendu, en suivant une progression raisonnée. Le premier jour, il se contenteront de s'asseoir sur leur lit et de laisser pendre leurs jambes ; le deuxième jour, ils se mettront debout et, en se faisant aider, il feront quelques pas ; les jours suivants la marche sera un peu plus longue avec l'aide d'une canne, ou en s'appuyant sur un dossier de chaise. Pendant ce temps le massage sera continué deux fois par jour. Il est nécessaire, dès que le malade se lève, que la jambe soit protégée par un enroulement avec une bande en crêpe Velpeau qui sera placée au lit avant le lever.

Avec ce traitement, la phlébite doit guérir sans laisser de trace, et les malades ne doivent être astreints plus tard à aucune précaution particulière du côté du membre atteint.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

B. Marie, trente ans.

Entrée le 10 mai 1909.

Résumé. — Fièvre typhoïde grave. Délire et mutisme avec signes méningés. Hémorragie intestinale. Escarre. Phlébite double. Crachats sanglants. Mort.

Père et mère bien portants ainsi que les frères et sœurs. La maladie a débuté il y a huit jours par de la constipation, mais depuis une dizaine de jours auparavant la malade accusait des maux de tête, de la lassitude générale, elle avait aussi mal à la gorge. Elle continua néanmoins son travail. Elle a consulté un médecin seulement il y a deux jours. Hier matin, léger saignement de nez.

A l'entrée, langue un peu saburrale au milieu, rouge au bord et à la pointe. Pas d'ulcération sur la gorge. Le ventre est ballonné, il présente quelques taches rosées très nettes. Gargouillement dans la fosse illiaque droite. La rate est très volumineuse et très facilement sentie.

Au poumon, râles diffus de bronchite banale.

Rien au cœur. Pouls à 108.

Il n'y a pas de diarrhée.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

13 mai 1909. — Injection de sérum anti-typhique 3 centimètres cubes.

17 mai 1909. — Depuis l'injection de sérum, la température qui était au-dessus de 40 degrés s'est abaissée et

oscille entre 39 et 39°7; ce matin elle n'est que de 38°7, mais le pouls est resté à 120.

Depuis hier la malade est très abattue, elle refuse toute alimentation; on est obligé de lui mettre une sonde nasale pour lui faire prendre un peu de lait. Mutisme absolu.

19 mai 1909. — L'état est à peu près stationnaire; le mutisme est moins marqué cependant. Mais depuis quelques jours la malade présente de la raideur des membres et des soubresauts tendineux.

20 mai 1909. — Cette nuit la malade a eu une hémorragie assez considérable de 2 à 300 grammes. Depuis l'entrée, la malade prenait des bains d'abord à 28, puis à 25 degrés; les abaissements de température ont oscillé entre 1 et 1/2 degré; aujourd'hui, en raison de l'hémorragie, on cesse les bains, bien que la température soit encore au-dessus de 40 degrés.

24 mai 1909. — La malade est moins obnubilée, elle répond aux questions qu'on lui pose. La température se maintient entre 39 et 39°5; les bains ont été repris le lendemain de l'hémorragie qui ne s'est plus reproduite.

26 mai 1909. — La malade est retombée dans le mutisme, la température est toujours élevée et les bains sont continués. On note aujourd'hui une escarre sacrée; cette escarre est superficielle, elle a la grosseur d'une pièce de 5 francs.

6 juin 1909. — Depuis la dernière note, la température s'est légèrement abaissée, mais cependant elle dépasse encore 39 degrés deux fois sur trois environ, et les bains sont continués. Hier, la malade s'est plaint du mollet droit et l'on a supprimé les bains, il n'y a cependant pas eu d'élévation de la courbe thermique correspondante à ces douleurs. Aujourd'hui le mollet droit est augmenté de volume, douloureux, on porte le diagnostic de phlébite, on ne sent pas la veine poplitée.

Incontinence d'urine.

7 juin 1909. — L'œdème de la jambe a envahi la cuisse et

l'on sent un cordon au niveau de la fémorale; les veines abdominales cutanées sont dilatées et saillantes.

L'état général est très mauvais, la température a atteint ce matin 39 degrés, la malade est toujours obnubilée, la langue est sale et très sèche, le pouls reste à 120.

Il y a de la dyspnée, mais on ne peut ausculter la malade.

9 juin 1909. — Ce matin, la malade a présenté de la douleur à la jambe gauche et elle montre de l'œdème du pied. Hier la température s'est élevée au-dessus de 40 degrés.

10 juin 1909. — Il y a eu, hier soir, des crachats sanglants. On ne peut malheureusement pas ausculter la malade. La jambe droite a un peu diminué de volume et la peau est moins tendue.

L'escarre est plus profonde et à son niveau la peau est décollée sur une surface qui s'étend de chaque côté de l'escarre sur 6 ou 7 centimètres. La respiration est à 40; la dyspnée est assez marquée; on peut ausculter la malade en la retournant légèrement et on trouve dans la partie moyenne du poumon gauche une obscurité très marquée avec quelques râles fins, mais une auscultation minutieuse est impossible.

14 juin 1909. — Il y a eu aujourd'hui une nouvelle hémorragie intestinale qui a coïncidé avec un léger abaissement de température.

24 juin 1909. — Depuis la dernière note, l'état général s'est aggravé progressivement, la malade est très faible, très abattue, il est survenu une diarrhée très intense, sans mélœna. La dyspnée a augmenté, les respirations sont entre 40 et 45, le pouls oscille de 120 à 140; les bruits du cœur sont très faibles.

L'œdème des deux membres inférieurs est resté stationnaire, la malade n'a plus souffert des jambes depuis les jours de l'apparition de la phlébite.

27 juin 1909. — La malade est morte hier; il y a eu opposition à l'autopsie.

Le séro-diagnostic avait été fait le lendemain de l'entrée et avait donné une agglutination complète à 1 pour 50.

La malade a pris 143 bains.

OBSERVATION II

Résumé : *Fièvre typhoïde de moyenne intensité.*
Phlébite gauche.

A. Antoinette, quarante-neuf ans, journalière.

Entrée le 6 octobre 1909.

Père mort à cinquante et un ans, de cause inconnue. Il était sujet à de la toux tous les hivers. La mère est morte à quarante-deux ans, de cause inconnue ; elle se serait toujours bien portée. La malade a eu un frère et deux sœurs qui sont morts étant grands, mais la malade ne se rappelle pas de quelle affection.

Personnellement : nourrie au sein, la malade ne se rappelle pas les événements de son enfance et moins encore les maladies qu'elle a pu avoir. Réglée à quatorze ou quinze ans, toujours régulièrement, mais plus depuis un an.

Mariée à vingt-cinq ans, son mari est mort à l'âge de quarante-trois ans, il toussait tous les hivers.

Elle a eu deux enfants bien portants, âgés respectivement de vingt-six et six ans. Pas de fausses-couches.

La malade n'a jamais fait de maladies importantes. Elle n'a jamais toussé ; elle signale que depuis sa vingtième année elle était sujette à des migraines.

Maladie actuelle : Il y a trois semaines, la malade s'est mise au lit avec des maux de tête à localisation frontale ; elle avait aussi de la fièvre et des sueurs abondantes. En l'interrogeant attentivement, on s'aperçoit que déjà une huitaine de jours avant ces symptômes, elle n'était pas très bien, elle avait un peu de somnolence, elle était obligée de faire effort pour travailler. Depuis quinze jours elle n'a plus d'appétit. Pas de constipation ni de diarrhée, pas de saignements de nez.

La température à l'entrée est de 38°5.

Abattement, langue sèche, étalée, desquamée, presque uniformément rouge partout; lèvres sèches, Rien sur le voile ni sur les piliers.

Taches rosées légèrement saillantes sur le ventre et la poitrine. Le ventre est un peu ballonné, mais souple, il n'est douloureux nulle part à la palpation.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

On sent la rate à la palpation.

Rien au cœur, pouls à 96, non dicrote.

Au poumon, respiration emphysémateuse avec quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons, mais plus marqués à gauche.

Il n'y a ni toux ni expectoration.

Réflexes normaux.

Urine un peu colorée, sans albumine.

Surdité légère depuis le début de la maladie.

11 octobre 1909. — Depuis l'entrée de la malade, les symptômes ne se sont pas modifiés; il n'y a pas eu de diarrhée. Au contraire, on n'obtient des selles qu'avec des lavements. La température a oscillé autour de 39 degrés, mais plus souvent au-dessus qu'au-dessous. De sorte que, si la malade a sauté quelques bains, elle en a pris cependant en moyenne six à sept par jour. Les bains sont bien supportés; ils provoquent des abaissements assez notables, d'un degré en moyenne.

18 octobre 1909. — Depuis la dernière note, l'état général s'est modifié; à partir du 11, la température s'est mise à descendre en lysis et, depuis quatre jours, elle était en dessous de 38 degrés. Avant-hier, elle s'est élevée de nouveau à 38°6 le soir, et elle est restée au-dessus de 38 degrés jusqu'à hier soir. Ce matin, elle est à 37°4. Coïncidant avec cette élévation de température, la malade s'est plaint de douleurs assez vives dans le mollet gauche. Ces douleurs ne l'ont pas empêchée de dormir; elles surviennent surtout à l'occasion des mouvements. Le mollet du côté atteint a

paru peut-être un peu plus volumineux que celui du côté opposé, et sensible à la pression, mais il n'y avait cependant rien de bien net. Aujourd'hui, l'augmentation de volume est incontestable, la peau est lisse, tendue, il y a un peu d'hydarthrose du genou. On ne sent aucun cordon veineux.

24 novembre 1909. — La phlébite a évolué très rapidement. La courbe thermique a eu quelques irrégularités pendant les huit jours qui ont suivi le début et, une fois, la température a dépassé 38 degrés. Depuis le 26 octobre, la température est extrêmement régulière, oscillant très exactement entre 37 degrés et 37°² ou 37°⁵. En même temps, les douleurs ont disparu. On a commencé à faire du massage le 10 novembre ; l'amélioration et l'augmentation du massage ont été rapides en raison de la légèreté de la phlébite ; aujourd'hui on autorise la malade à se lever.

La malade a pris 31 bains.

OBSERVATION III

Résumé : *Fièvre typhoïde de moyenne intensité.*

Phlébite gauche.

G. Marie-Louise-Marguerite, trente ans, teinturière.

Entrée le 16 septembre 1909.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, enfance normale ; elle a eu la rougeole. Réglée à quinze ans, régulièrement.

Mariée à dix-huit ans et demi. A cette époque, elle était un peu anémique, mais elle n'a jamais tenu le lit.

Le mari est bien portant.

Deux enfants, l'un d'eux est mort en nourrice à trois mois, l'autre se porte bien (elle a sept ans).

Pas de fausses-couches.

Pas d'excès alcooliques.

La malade s'est sentie mal en train depuis le commence-

ment du mois : lassitude et sensation d'épuisement. Depuis le 6, cet état s'est accusé et il est apparu un mal de tête assez intense. Cependant elle a continué son travail jusqu'au 10 au matin ; ce jour-là elle a gardé le lit.

Pas de saignements de nez, pas de vomissements. La malade, qui est habituellement constipée, l'est beaucoup plus depuis cette période.

Un médecin, consulté le 13, constate de la fièvre, et fait le diagnostic d'embarras gastrique ; il la fait purger pendant trois jours de suite.

Actuellement. — Malade d'un certain embonpoint, sans abattement ni prostration ; elle accuse de la céphalée et se plaint de ne pas dormir.

Langue saburrale, sèche, un peu rouge sur les bords ; rien sur le voile ni sur les piliers.

Taches rosées très nettes sur l'abdomen. Le ventre est ballonné mais souple ; il n'est douloureux nulle part. Gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Rate grosse, facilement sensible à la palpation.

Rien au poumon.

Rien au cœur. Pouls : 88, un peu dicrote.

La température est de 39 degrés à l'entrée. Urine claire, léger disque d'albumine.

Réflexe rotulien nettement exagéré.

7 septembre 1909. — La malade a été mise aux bains à 28 degrés, elle a des abaissements très faibles de 1 à 3/10, mais elle supporte bien ses bains.

Aujourd'hui, les urines ne présentent plus d'albumine.

22 septembre 1909. — La température s'est abaissée ; la malade présente encore une courbe qui oscille entre 38 et 39 degrés, mais elle saute tous ses bains depuis deux jours.

23 septembre 1909. — Sans qu'il y ait aucune augmentation de température ni aucune modification du pouls qui reste à 90, la malade se plaint de douleurs vives dans le mollet gauche. On ne constate ni œdème ni cordon douloureux.

28 septembre 1909. — Les douleurs dans le mollet gauche sont très atténuées, mais cependant elles persistent ; la palpation des masses musculaires est douloureuse, mais on ne sent pas de cordon, et il n'y a pas d'augmentation de volume appréciable. Il n'y a pas de frissons. La température a des oscillations un peu étendues entre 37°5 et 38°9, mais l'ensemble de la courbe s'abaisse. Le pouls est à 90. La malade se plaint en outre aujourd'hui d'un point dans le côté gauche. A l'auscultation, on note seulement une respiration un peu rude et quelques râles sous-crépitaux peu abondants à la base gauche.

3 octobre 1909. — La température a subi des oscillations continues entre 37°2 et 38°5.

Aujourd'hui, il y a une augmentation notable de volume du mollet et même de la cuisse.

5 octobre 1909. — L'œdème a augmenté, on sent un cordon au niveau de la fémorale, la température s'est élevée hier soir au-dessus de 39 degrés et, ce matin, elle est à 37°7.

Il y a eu quelques frissons.

15 octobre 1909. — A la suite du dernier incident, la température est retombée à la normale en quatre jours, puis rapidement elle est devenue régulière avec des oscillations d'un demi-degré du matin au soir. Le pouls est resté aux environs de 90. Les douleurs ont totalement disparu, et le cordon veineux n'est plus douloureux à une pression modérée ; l'œdème a persisté sans modification.

C'est à partir d'aujourd'hui que commencera le délai pour le massage.

25 novembre 1909. — La malade a été traitée dans les délais habituels ; aujourd'hui elle se lève et marche, il n'y a pas d'œdème du membre, mais on met encore un bandage en crêpe.

Le séro-diagnostic, fait le lendemain de l'entrée, avait donné une réaction positive à 1/30.

La malade a pris 28 bains.

OBSERVATION IV

Résumé : *Fièvre typhoïde et phlébite.*

B... Anna, vingt-neuf ans, employée.

Entrée le 5 janvier 1909.

Père mort dans un accès de fièvre chaude.

Mère bien portante. Un frère et une sœur en bonne santé.

La malade s'est toujours bien portée, mais depuis deux mois elle se fatigue facilement, et transpire au moindre effort. Jamais de toux ni d'hémoptysie.

Le début de l'*affection actuelle* remonte au 28 décembre, et s'est affirmée par de la lassitude, de la courbature et des maux de tête. La malade continue néanmoins son travail pendant deux jours, mais les symptômes ne firent qu'augmenter, la malade eut des frissons, un docteur consulté constata une température de 40 degrés, la fit mettre au lit.

Depuis, diarrhée, céphalée, ventre douloureux ; en outre, la malade a mouché du sang.

A l'examen, on constate : Malade assez abattue, la température étant de 39°2.

La langue est nettement typhique, avec une ulcération sur le bord gauche correspondant à un chicot. Gorge rouge ; ulcération sur le pilier gauche.

Ventre un peu ballonné, gargouillement à droite, deux taches rosées très nettes.

La rate est nettement sentie à la palpation.

Au poumon, râles de bronchite diffuse. On entend en outre, en avant et à gauche, quelques râles plus fins et plus serrés.

Rien au cœur. Pouls à 120, non dicrote.

Réflexes normaux.

6 janvier 1909. — Injection de sérum anti-typhique 5 centimètres cubes.

8 janvier 1909. — La malade qui avait été mise aux bains n'a pris que 8 bains. La température a baissé assez nettement et assez brusquement depuis le lendemain de l'injection de sérum.

11 janvier 1909. — L'abaissement de la température s'est maintenue et, depuis le 7, elle oscille entre 38°3 et 38°8, elle forme ainsi un plateau entre 38 et 39 degrés.

Ce matin, la malade se plaint de souffrir dans la jambe gauche au niveau du mollet et du pied.

14 janvier 1909. — On constate ce matin seulement des signes très nets de phlébite. Il n'y a pas de modification du pouls qui reste depuis huit jours aux environs de 100. Le plateau thermométrique reste entre 38 et 39, sans qu'il y ait eu d'accident thermométrique.

28 janvier 1909. — La phlébite gauche présente toujours la même intensité, l'enflure est considérable et la malade souffre spontanément de quelques douleurs, particulièrement au niveau de l'aîne; la fémorale est toujours dure et douloureuse. La malade est, bien entendu, immobilisée.

16 mars 1909. — Depuis la dernière note, l'état est à peu près stationnaire au point de vue de l'œdème qui paraît bien n'avoir aucune tendance à régresser spontanément. Pendant tout le courant de février, la température a été assez irrégulière; elle n'a dépassé que très exceptionnellement 38 degrés, mais elle a été très variable, descendant parfois au-dessous de 36 degrés, ou s'élevant fréquemment aux environs de 38 degrés; pour ces motifs, et aussi parce que la malade avait quelques douleurs spontanées dans la cuisse on a retardé le massage.

Depuis le début du mois de mars ces phénomènes ont disparu, la ligne thermométrique s'est régularisée, et on s'apprêtait à commencer le massage un de ces jours, lorsque hier la température s'est élevée en vingt-quatre heures à 39°1. Il n'y a pas eu de douleurs bien vives dans la jambe ni de frissons, mais en raison de cette élévation de température on sera obligé de repousser tout massage.

26 avril 1909. — Depuis le dernier incident la température est revenue rapidement à la normale (dès le lendemain). Depuis cette époque, la température a été de nouveau très régulière, on a commencé le massage le 5 avril, c'est-à-dire dix-huit jours après l'incident ci-dessus. Actuellement, la malade va tout à fait bien, elle commence à se lever, l'œdème de la jambe a à peu près totalement disparu.

4 mai 1909. — La malade marche avec une canne et commence à descendre l'escalier ; il persiste cependant un léger œdème.

12 mai 1909. — La malade quitte le service pour aller à l'Hospice des Convalescents.

Le séro-diagnostic avait été fait le lendemain de l'entrée il était positif à 1 pour 50. La malade a pris 9 bains.

OBSERVATION V

Résumé : *Fièvre typhoïde de moyenne intensité.*
Phlébite gauche.

R... Jeanne, dix-sept ans, dactylographe.

Entrée le 14 avril 1909.

La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Il n'y a rien de particulier dans ses *antécédents*. On note cependant que sa jeune sœur a eu la fièvre typhoïde il y a deux ans.

Personnellement elle a eu la scarlatine, la rougeole et la coqueluche. Réglée à treize ans, plutôt irrégulièrement.

La malade habite aux Charpennes et buvait de l'eau d'un puits, filtrée et additionnée d'une faible quantité de vin. Pas d'écart de régime, pas d'absorption de légumes crus, de salade ni de coquillages.

Il y a dix jours que la malade ne se sent pas bien, qu'elle est facilement lasse et qu'elle a perdu l'appétit. Elle est habituellement constipée, mais elle a vu sa constipation s'accroître, elle a eu en outre des maux de tête.

Il y a six jours elle prit une purgation ; son état s'aggrava et elle dut se mettre au lit. Un médecin fut appelé et constata le soir une température de $40^{\circ}3$, et de la rougeur de la gorge. Pas de coryza, pas de toux, pas de points de côté, examen viscéral négatif. Les règles étaient survenues depuis le matin. Le lendemain, il y eut un vomissement bilieux. Le jour suivant, épistaxis, insomnies, maux de cœur, la langue est saburrale, la gorge un peu rouge. L'abdomen est légèrement ballonné. Douleurs dans la fosse iliaque droite. La rate paraît un peu augmentée de volume à la percussion, mais on ne peut pas la sentir. Pas de maux de tête. Ce jour-là on entend, un léger souffle présystolique au cœur. Pas de taches rosées.

Avant-hier les maux de tête ont reparu, l'abattement est très marqué. La langue est saburrale. Il y a toujours du ballonnement du ventre, mais on ne peut pas encore sentir la rate. On observe quelques taches rosées. Pas de diarrhée. On ne trouve rien au poumon ni au cœur. Courbatures.

Hier la température s'est un peu abaissée, elle oscille entre $38^{\circ}5$ et $39^{\circ}7$. Elle avait atteint $40^{\circ}2$ les jours précédents. On constate des érosions de la gorge, et une matité splénique.

A l'entrée à l'Hôpital, l'état général est le même que celui des jours précédents, d'après les renseignements qui ont été fournis par le médecin. La température est à $39^{\circ}6$. On trouve quelques taches rosées, du ballonnement du ventre, de la douleur à la pression au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Il y a aussi du gargouillement dans cette région.

Le foie n'est ni gros, ni douloureux.

La rate est grosse, on la sent très nettement à la palpation. Rien au cœur ni aux poumons.

La langue est recouverte d'un enduit poisseux, blanchâtre.

Petites ulcérations des piliers et du voile. Urine sans albumine.

15 avril 1909. — On a commencé à baigner la malade hier soir à 6 heures, et elle a déjà sauté un bain dans la nuit.

L'état général est très bon. La malade est éveillée et gaie.

16 avril 1909. — Même état, mais la température a une tendance à s'abaisser. La malade n'a pris que deux bains hier.

30 avril 1909. — Après un plateau entre 38°5 et 39°2, qui a duré jusqu'au 25 et pendant laquelle la malade a pris un à deux bains par jour, la température s'est mise à descendre et, en quatre jours, elle est arrivée en dessous de 38 degrés.

6 mai 1909. — Depuis hier la malade souffre de la cuisse gauche. Aujourd'hui elle a le mollet et la cuisse augmentés de volume, la pression est douloureuse, on ne constate pas de cordon veineux. Depuis la dernière note, la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°8 et elle a été parfois au-dessous de 37.

7 mai 1909. — La malade a un peu d'hydarthrose du genou.

30 mai 1909. — La phlébite a évolué extrêmement vite, peu de jours après son début l'œdème diminuait spontanément beaucoup ; il n'y a jamais eu de cordon veineux et, à part quelques douleurs dans les premiers jours la malade n'a pas souffert. Aussi le massage a-t-il été commencé quinze jours après le début même des accidents, la courbe de température étant extrêmement régulière. Aujourd'hui, la malade commence à se lever.

13 juin 1909. — La malade part guérie. La jambe est très souple. L'hydarthrose a complètement disparu. On ausculte la malade et l'on trouve au premier bruit un souffle léger qui disparaît dans les fortes aspirations. Le poulx est instable. On compte par instant 50 pulsations et, quelques instants après, on en compte 110 — Le séro-diagnostic a été positif. La malade a pris 18 bains dans le service.

OBSERVATION VI

Résumé : *Fièvre typhoïde sévère. Epanchement à la base droite. Phlébite gauche.*

F... Cécile, vingt-quatre ans, couturière.

Entrée le 15 octobre 1908.

La malade entre avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Rien à noter dans les antécédents héréditaires et dans les collatéraux, sauf un frère mort de méningite à trois ans.

Personnellement : bonne santé antérieure. Le sujet ne signale pas de maladies, mais s'enrhumait assez souvent l'hiver.

Réglée à treize ans régulièrement.

Mariée il y a quatre mois.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre jours par un frisson, de la céphalée, et de la diarrhée qui avait été précédée d'une constipation opiniâtre. Pas de saignements de nez. Insomnie absolue, vomissements. Un médecin consulté fit mettre de la glace sur la tête et l'envoya à l'hôpital.

Actuellement : Malade d'aspect vigoureux ; elle est un peu dure d'oreille, mais elle répond bien aux questions posées.

Le ventre est couvert de taches rosées ; il est ballonné, dur, il y a un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite ; on trouve difficilement la matité hépatique.

La langue est saburrale.

Au cœur, le premier bruit est sourd et vibrant, un peu prolongé.

Le pouls est petit, sans dicrotisme, à 110.

Au poumon matité légère à la base droite ; quelques râles disséminés des deux côtés.

On ne sent pas la rate.

Les réflexes sont diminués.

Les urines ne sont pas albumineuses, elles présentent la diazo-réaction.

La température est à 40°8

19 octobre 1908. — La température reste très élevée. La courbe s'était légèrement abaissée jusqu'à hier, bien qu'il y eût encore fréquemment des 40 degrés : aujourd'hui, elle s'élève de nouveau et elle atteint 40°8. Les bains ont été donnés régulièrement avec des abaissements variables mais qui ont quelquefois dépassé 1 degré. L'état typhique est très marqué, la diarrhée profuse.

22 octobre 1908. — La température est toujours très élevée, cependant depuis la dernière note, la malade a sauté trois bains. La prostration est toujours extrême, et il y a un peu de cyanose. La diarrhée a légèrement diminué.

25 octobre 1908. — L'état est stationnaire, mais la diarrhée qui avait un peu diminué sous l'influence de hautes doses de bismuth (12 gr.) a repris. On redonne du bismuth.

La matité de la base droite augmente ; on entend à ce niveau de nombreux râles sous-crépitaux. Au-dessus et dans l'aisselle, souffle inspiratoire. Égophonie, pectoriloquie aphone.

27 octobre 1908. — L'état général est un peu amélioré, bien que la malade continue à prendre régulièrement ses bains. Du côté de la base, le souffle a diminué. Le signe du sou est très net.

13 novembre 1908. — La malade se plaint de souffrir de la jambe gauche depuis deux jours. On constate aujourd'hui un très léger œdème au niveau de la crête tibiale, au tiers moyen de la jambe. Après mensuration, on constate une augmentation de 4 centimètres. Douleurs au niveau du mollet et au creux poplité, mais on ne sent pas de cordon veineux. La malade a, en outre, un peu d'impotence fonctionnelle, elle soulève difficilement sa jambe. À la cuisse, différence d'un demi-centimètre. Petit réseau veineux superficiel à la face externe de la cuisse. Douleurs à la pression sur le trajet de la fémorale. La température, qui s'était abaissée, oscille encore entre 38 et 39 degrés, et il n'y a

pas eu de poussées thermiques correspondant avec le début de la phlébite.

16 novembre 1908. — On sent un cordon au niveau de la veine fémorale, près de l'arcade crurale.

9 décembre 1908. — Hier, dans la soirée, la malade vomit à plusieurs reprises tout ce qu'elle absorba, la température s'était déjà un peu relevée dans la journée d'hier. Cette nuit, la malade eut un violent frisson qui dura un quart d'heure. Pas de points de côté. La température est de 40 degrés ce matin.

10 avril 1909. — La malade quitte le service complètement guérie de sa phlébite. Celle-ci a évolué très lentement après l'incident thermique qui a fait l'objet de la dernière note, et qui ne paraît pas être en rapport avec la phlébite. Il n'y a pas eu de nouvel accident de température, mais pendant une quinzaine de jours au moins, la courbe, tout en restant en dessous de 38 degrés, a été très irrégulière. Ce n'est que depuis le début de janvier qu'elle est devenue très stable, et ce n'est qu'à la fin de ce mois qu'on a commencé le traitement par le massage, soit en raison de la courbe thermométrique, soit parce que la malade continuait à avoir quelques douleurs spontanées; d'autre part, on sentait toujours un cordon douloureux dans la veine.

En tous cas, l'état actuel est très satisfaisant; il n'y a qu'un très léger œdème de la jambe gauche; les articulations sont très souples et la malade marche aisément

La malade a pris 162 bains.

OBSERVATION VII¹

Résumé : *Fièvre typhoïde. — Amygdalite droite. — Ulcérations pharyngées. — Indicanurie passagère. — Hémorragies répétées. — Parotidite. — Laryngite. —*

¹ Nous résumons seulement cette observation qui présente de nombreux détails indépendants de la phlébite.

Infarctus pulmonaire. — Phlébite. — Myocardite et péricardite.

L..., Marie, vingt-huit ans. Entrée le 3 novembre 1908.

Il s'agit d'une fièvre typhoïde grave. Entrée au septième jour, le 3 novembre, la malade eut, le 4, une première hémorragie intestinale qui fit suspendre les bains. Le 6, nouvelle hémorragie. Le 10, violent point de côté avec grand frisson, crachats rouges. On fait le diagnostic d'infarctus pulmonaire. Le 13, apparition de symptômes de parotidite et, le même jour, on note de l'œdème douloureux de la jambe gauche, avec un cordon veineux sensible à la fémorale. A ce moment, la température n'avait cessé d'osciller entre 39 et 40 degrés.

Le 14, on note un grand frisson; le 15, nouvelle hémorragie intestinale.

Le 16, apparaissent des douleurs dans le pied droit avec de l'œdème.

Le 24, nouveau grand frisson. La température est toujours très élevée.

Dans les premiers jours du mois de décembre, laryngite. A ce moment, la température persiste aux environs de 39 degrés; l'œdème des membres a diminué. Il existe de violentes douleurs des pieds.

19 décembre. — On constate un frottement péricardique.

Le 24, grand frisson.

Le 26, nouvelle poussée de parotidite.

Le 31, la parotidite s'ouvre spontanément à l'extérieur. Le pus, recueilli aussitôt, décelé des *pneumocoques et staphylocoques*, aucun bacille d'Eberth.

Depuis ce moment, la courbe thermique qui présente de grandes oscillations s'abaisse progressivement et s'installe aux environs de 38 degrés.

18 janvier. — On note des escarres au pied droit.

C'est seulement dans le début de février que l'apyrexie se montre, elle est dès lors définitive. L'œdème des jambes

a spontanément et peu à peu disparu et, le 27 mars, au moment où la malade quitte le service, il n'y a plus trace de phlébite, mais il existe aux membres inférieurs des troubles trophiques et des modifications objectives de la sensibilité.

Dans ce cas, la phlébite n'a pu être traitée par la méthode habituelle, la malade présentant, peut-être en raison des complications multiples, une fièvre persistante. Elle a été seulement immobilisée.

La malade avait pris seulement six bains; ils avaient été arrêtés dès les premiers jours par les hémorragies.

OSERVATION VIII (résumée)¹

Résumé : *Fièvre typhoïde grave. — Douleurs abdominales atroces. — Cachexie extrême. — Bronchite. — Phlébite gauche.*

D..., Yvonne, quinze ans. Entrée le 4 septembre 1908.

Fièvre typhoïde entrée au vingtième jour environ avec des températures oscillant entre 39 et 40 degrés. Le 9 septembre, en sortant du bain, la malade accuse de *violentes douleurs dans le mollet gauche*. On constate le même jour une augmentation de volume avec tension et rougeur de la peau. Les jours suivants, la pression est très douloureuse au niveau du creux poplité. Les bains sont supprimés et l'on place le membre en gouttière.

La phlébite reste stationnaire; la température se maintient autour de 39 degrés jusque dans la dernière semaine du mois de septembre. L'état général est très mauvais, la malade est véritablement cachectique; le 30, on note du muguet.

¹ Observation due à l'obligeance de M. le Dr Savy, à ce moment chef de service au pavillon des typhiques.

A partir du 6 octobre, la phlébite paraît rétrocéder, et on peut sortir la gouttière le 15. Cependant, la température a continué à osciller autour de 38 degrés. L'apyrexie ne s'installe qu'à la fin du mois de novembre. La malade quitte le service, bien guérie, le 30.

Elle avait pris 44 bains; ils avaient été arrêtés à cause de la phlébite.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de la fièvre typhoïde, la phlébite des membres inférieurs peut être, suivant les épidémies, une complication très fréquente.

Elle a une prédilection extrêmement remarquable pour le membre gauche.

II. — Elle peut compliquer les fièvres typhoïdes de toutes espèces, et survenir en pleine période fébrile, au cours de la troisième semaine, dans les cas sévères, aussi bien qu'au début de la période d'apyrexie.

III. — Elle ne paraît favorisée par aucune circonstance concernant l'état antérieur du malade.

IV. — Les douleurs précédant l'apparition des signes objectifs sont la règle et se produisent quelquefois assez longtemps avant tout autre symptôme ; il peut exister, les jours précédents, des signes d'infarctus pulmonaire, mais sans que cet accident soit certainement en rapport avec la phlébite.

V. — La phébite de la fièvre typhoïde n'est pas grave et guérit le plus souvent en quelques semaines, surtout par l'application méthodique et raisonnée du massage.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

NICOLAS

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 décembre 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN



